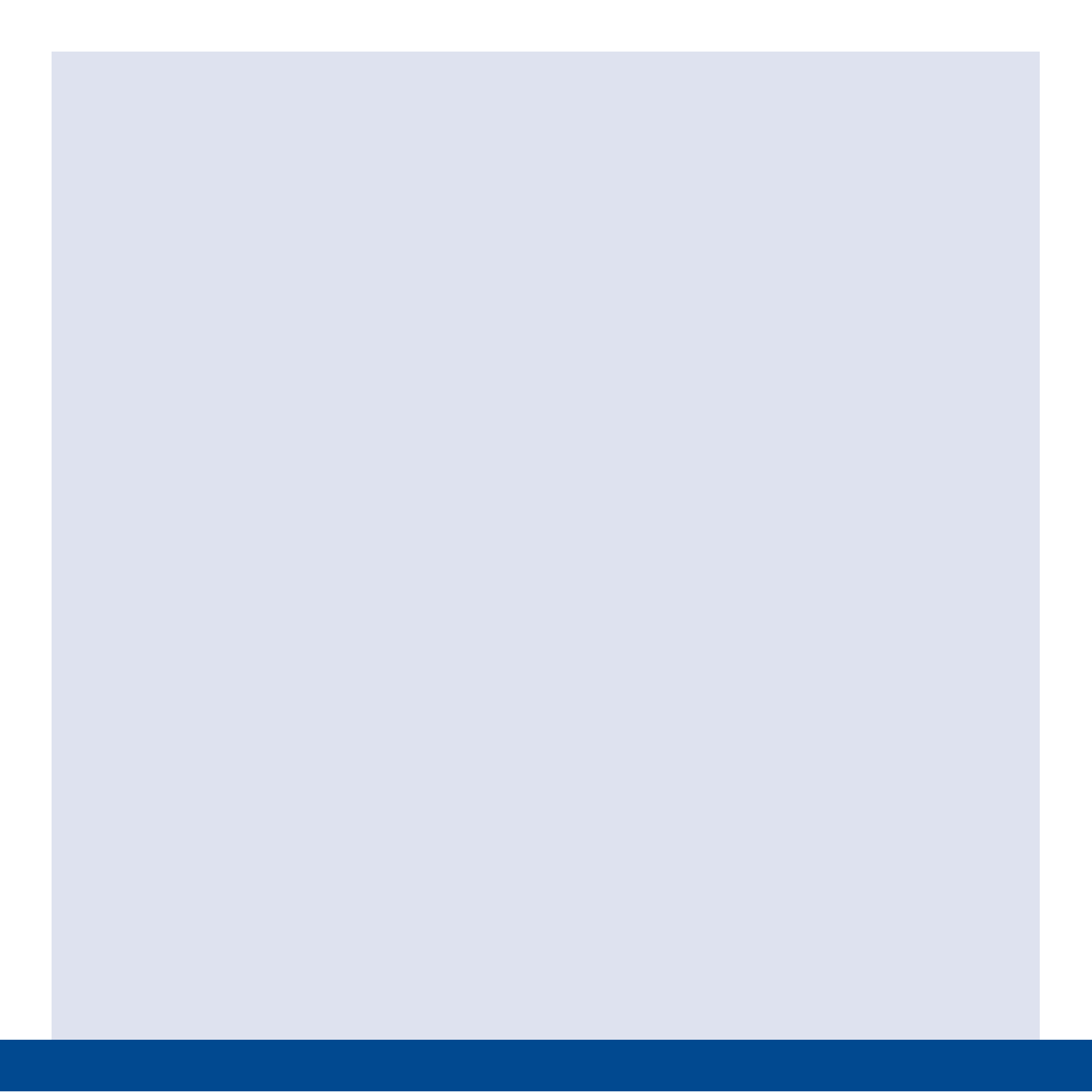


Prof.dr. Anne Marie Oudesluys-Murphy

# Het kind van nu, de mens van morgen



Universiteit Leiden



# Het kind van nu, de mens van morgen

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Anne Marie Oudesluys-Murphy

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van  
de Kindergeneeskunde, in het bijzonder de Sociale Pediatrie  
aan de Universiteit Leiden,  
op dinsdag 14 maart 2006



Universiteit Leiden

Als wij er niet voor zorgen  
dat de toekomst is geborgen  
voor de kinderen van morgen  
Wie dan wel?

Uit: Een gat in de lucht-1998  
Paul van Vliet, UNICEF-ambassadeur

*Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,*

Wij zijn allemaal kind geweest. Hoe het met ons als kind ging qua lichamelijke en geestelijke gezondheid, opvoeding, scholing en omgeving, heeft samen met erfelijke factoren, voor een groot deel bepaald hoe wij nu in het leven staan. Hoe het met het kind van nu gaat zal gevolgen hebben voor de maatschappij van morgen.

Deze factoren die het leven bepalen vormen de basis voor de sociale pediatrie, volgens het model van Lalonde, waarin 4 determinanten van gezondheid worden gedefinieerd.<sup>1</sup>

De eerste determinant is: *medisch-biologisch*. Hieronder vallen factoren zoals erfelijke constitutie. De mens zit complex in elkaar en kan genetische afwijkingen hebben die ziektes kunnen veroorzaken zoals diabetes en astma.

De tweede is *omgeving*. Hierbij gaat het om de invloed van de omgeving op de gezondheid van de mens. Het kan verdeeld worden in de maatschappelijke omgeving zoals sociaal-economische status en huisvesting en het fysieke milieu zoals lucht, water en woonomgeving.<sup>2,3</sup> Hierbij gaat het om de invloeden van buitenaf, waarover het individu weinig of geen controle heeft. Geluidsoverlast, milieuvervuiling en

infectieziektes zijn voorbeelden hiervan.

De derde is *leefwijze*. Mensen hebben een grote invloed op hun manier van leven. Ongezonder eten, roken en het overmatig gebruik van alcohol en drugs beschadigen de gezondheid van de mens.

De vierde is *zorgvoorzieningen*. Hierbij wordt gedacht aan kwantiteit en kwaliteit van de geleverde diensten zoals de gezondheidszorg, zorg voor gehandicapten en jeugdzorg (de overkoepelende term voor jeugdhulpverlening, jeugd geestelijke gezondheidszorg en jeugdbescherming).<sup>4</sup>

De sociale pediatrie houdt een globale, holistische en multidisciplinaire aanpak van de gezondheid van het kind in, met integratie van lichamelijke, geestelijke en sociale dimensies van gezondheid en kwaliteit van leven. De sociale pediatrie richt zich op zieke en gezonde kinderen, individueel en groepsgewijs, in relatie tot het gezin, de maatschappij en de wereld waarin zij opgroeien.<sup>5</sup> De sociale pediatrie slaat een brug tussen de curatieve, op het individuele kind gerichte, kindergeneeskunde en de op collectieve preventie gerichte jeugdgezondheidszorg, en ook tussen de intramurale en extramurale zorg voor kinderen binnen de gezondheidszorg, de zorg voor kinderen en jeugdigen met een handicap en jeugdzorg.<sup>6</sup> Het is een partner voor de sociale geneeskunde in Nederland (of Public Health) en is in vele opzichten breder gericht, maar beperkt tot de kinderleeftijd. De sociale pediatrie heeft haar basis in de kindergeneeskunde en niet in de sociale geneeskunde.<sup>7</sup>

Speciale onderwerpen in de sociale pediatrie zijn groei, ontwikkeling, premature geboorte, voeding, handicaps, ongevallen, verwaarlozing, kindermishandeling, gezinsdysfunctie, onverwachte dood, risicogedrag tijdens de adolescentie, recente immigratie, etniciteit, armoede en milieuvervuiling. Hierbij horen ook inentingsprogramma's,

screeningsprogramma's en gezondheidsbevorderende campagnes.<sup>8</sup> In extramurale organisaties en instellingen zoals de jeugdzorg heeft de sociale pediatrie voor de niet-medische disciplines grote betekenis, omdat op deze wijze somatische kennis in een breder verband geplaatst kan worden.

### De geschiedenis van de sociale pediatrie

Sociale pediatrie is niet iets nieuws. Al in de middeleeuwen werden vormen van sociale pediatrie ontwikkeld ten behoeve van vondelingen en kinderen die afgestaan werden in verband met buitenechtelijke zwangerschappen of armoede. Deze kinderen werden opgevangen en kregen voedsel, medische zorg en scholing.

In Italië werden vanaf de 13<sup>de</sup> eeuw beroemde instellingen hiervoor opgericht. In Florence gaf het Zijdegilde in 1419 opdracht voor de bouw van het Ospedale Degli Innocenti. In dit prachtig gebouw wordt dit werk nog steeds voortgezet. Er worden hier ook spreekuren voor zuigelingen en zwangere vrouwen gehouden en het huisvest het Innocenti Research Centre en een kantoor van UNICEF.

Helaas is de zorg voor vondelingen en andere ongewenste kinderen nog steeds nodig. In The British Medical Journal van 11 februari 2006 staat een artikel over een nieuwe versie van het middeleeuwse doorgeefluik waarin deze baby's neergelegd werden: een speciale couveuse met een warmte sensor die aangeeft wanneer er een baby in gelegd wordt.

Zij zijn al geïnstalleerd in Italië, Duitsland en Hongarije.<sup>9</sup> Ook in Nederland zou dit wellicht uitkomst bieden. Tijdens de Olympische winterspelen van 2006 werd de vondeling Bob (vernoemd naar Bob de Jong winnaar van Olympisch goud) op de stoep van een huisarts neergelegd.

De moderne sociale pediatrie kwam in 1969 op gang met het oprichten van de Club International de Pédiatrie Sociale.

In 1977 werd The European Society for Social Paediatrics opgericht.<sup>5</sup> Momenteel wordt in de Verenigde Staten een nieuwe vereniging voor Sociale Pediatrie opgericht.

### De plaats van de sociale pediatrie binnen de internationale kindergeneeskunde

Zoals ik vertelde is de sociale pediatrie een onderdeel van de kindergeneeskunde. Het meest opvallende aspect, internationaal gezien, van het specialisme kindergeneeskunde zijn de verschillen in de organisatie in de diverse landen. In de meeste landen is de medische zorg voor het kind geïntegreerd. De preventieve en curatieve zorg is gecombineerd. Al voor de geboorte nemen de ouders zelf contact op met een kinderarts. Die is beschikbaar indien er problemen ontstaan bij de geboorte of daarna. Als het kind gezond is wordt contact gehouden voor inenting, controle van de ontwikkeling en groei, voedingsadviezen, adviezen over opvoeding en gedrag etc. Indien het kind ziek wordt, wordt het gezien door dezelfde kinderarts. Het wordt, normaal gesproken, onderzocht en behandeld in een setting buiten het ziekenhuis om, maar indien nodig in het ziekenhuis.

In Nederland wordt de medische zorg voor het kind verdeeld over meerdere artsen. De arts jeugdgezondheidszorg zorgt voor controle van ontwikkeling en groei, inenting en screening van het gezonde kind tussen 0 en 19 jaar.<sup>7</sup> De huisarts beoordeelt en behandelt het kind bij ziekte. Hij lost zelf in 95% van de gevallen de problemen op. Indien nodig wordt het kind doorverwezen naar de kinderarts, maar eventueel ook naar andere specialisten in het ziekenhuis, zoals de chirurg, oogarts, KNO arts etc. Door deze internationale verschillen in de organisatie van de medische zorg voor het kind kunnen de werkzaamheden van de kinderarts sociale pediatrie in één land heel anders zijn dan in een andere land.

## Plaats van de sociale pediatrie binnen de kindergeneeskunde in Nederland

In Nederland worden kinderartsen momenteel opgeleid in de curatieve kindergeneeskunde met weinig aandacht voor integrale zorg voor het kind. Opvallend is dat kinderartsen tot voor kort veel tijd moesten besteden aan de behandeling van kinderen voor ziektes en complicaties die nu niet meer voorkomen dankzij de uitgebreide vaccinatie- en screeningsprogramma's. Problemen zoals infecties van het strottenhoofd (epiglottitis) en meerdere vormen van hersenvliesontsteking (hemophilus influenzae type B, meningococcen type C en bof) zijn nu vrijwel verleden tijd.<sup>10,11</sup> Kinderen met verschillende afwijkingen in de stofwisseling (zoals phenylketonurie of PKU) of in de hormoonhuishouding (zoals aangeboren schildklier hormoontekort) worden bij de geboorte opgespoord en direct behandeld.<sup>12</sup> Aan de andere kant zijn juist verbeteringen in medische en chirurgische mogelijkheden, zoals ontwikkelingen in de neonatologie, oncologie, transplantatiegeneeskunde etc. de reden dat veel kinderen nu opgroeien tot volwassenen met chronische ziektes, ontwikkelingsproblemen en handicaps.<sup>13,14</sup> Deze ontwikkelingen en de gevolgen ervan horen bij de sociale pediatrie.

## De geschiedenis van de sociale pediatrie in Nederland

Tot nu toe heeft de sociale pediatrie weinig bekendheid in Nederland. Het werd in 1998 erkend als een subspecialisme van de kindergeneeskunde. In 1999 werden 48 kinderartsen geregistreerd als kinderarts-sociale pediatrie. Inmiddels is het aantal gedaald tot 40 door pensionering en verandering van werkgebied. Het is essentieel dat jonge kinderartsen opgeleid worden tot kinderarts-sociale pediatrie. Er zijn genoeg geschikte mensen hiervoor maar de financiering blijft een probleem.

Natuurlijk bestond ook voor 1998 de sociale pediatrie in Nederland al was het niet als officieel subspecialisme erkend. Met de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde in 1892 werd niet alleen aandacht besteed aan het zieke kind, maar zag men ook in dat een beter leefmilieu, goed voedsel en betere hygiëne met schoon water, betere behuizing en riolering, essentieel zijn om een verbetering van de gezondheid van de bevolking te bereiken. De eerste kinderziekenhuizen werden eind 19de eeuw in Nederland opgericht en in 1901 werd het eerste consultatiebureau voor zuigelingen geopend.

In Leiden kwam de kindergeneeskunde, als academisch medisch specialisme, rond 1906 op gang. Evert Gorter begon in 1905 als arts-assistent, promoveerde in 1907 en werd in 1908 benoemd tot privaat-docent in de interne kinderziekten. In 1915 richtte hij een aantal huizen in als kinderkliniek. In 1923 werd hij benoemd tot hoogleraar kindergeneeskunde en in 1927 kon hij een nieuwe, door hem ontworpen, kinderkliniek in het Boerhaave kwartier betrekken. Hij heeft in Leiden ook het Instituut voor Preventieve Geneeskunde opgericht.<sup>15</sup> Het was hard nodig dat er iets in Nederland gedaan werd om de gezondheid van kinderen te verbeteren. In 1850 overleden 350 van de 1000 levend geboren kinderen voor de leeftijd van 1 jaar. In 1920 was dit gedaald tot 80. Hierna zijn de cijfers nog verder sterk verbeterd. In 1980 overleden voor de leeftijd van 1 jaar 8,6, en in 2002, 5 per 1000 levend geboren kinderen in Nederland. Dit lijkt een prachtig resultaat, maar helaas stagneren de Nederlandse trends voor zuigelingensterfte, maternale sterfte en perinatale sterfte (dood voor en tot 1 week na de geboorte). De sterftecijfers bevinden zich momenteel slechts in de middenmoot van de Europese Unie.<sup>16</sup> Er is dus duidelijk ruimte voor verbetering.

In de loop van de 20<sup>ste</sup> eeuw is de kindergeneeskunde in

Nederland veranderd. Er kwam meer aandacht, voornamelijk in de academische ziekenhuizen, voor orgaangerichte zorg voor het zieke kind. Jonge kinderartsen en onderzoekers gingen naar het buitenland om zich in de wetenschap te verdiepen. Dit internationaal gerichte onderzoek gaf een hoge status aan de kindergeneeskunde. In plaats van een huisarts voor kinderen werd de kinderarts vanaf 1933 een hoog gespecialiseerde, ziekenhuis-gebonden medisch specialist. Binnen de ziekenhuizen waren strenge hygiënische regels opgesteld om infecties te voorkomen. Bezoekregels werden strak gehanteerd. Hiermee werd het kind gescheiden van zijn vertrouwde omgeving en van ouders, vriendjes en school. Rond 1953 was het professor Veeneklaas in Leiden die begon met de opleiding van observatrices of pedagogische medewerkers om opgenomen kinderen te begeleiden en te steunen.<sup>15</sup> Dit werd geleidelijk aan wereldwijd geaccepteerd als een belangrijk deel van de zorg voor het zieke kind. Er werd ook ingezien dat onderwijs voor het zieke kind belangrijk was. Vanaf de jaren 70 zag men in dat een kind het beter deed indien het steun en liefde van de ouders kreeg in het ziekenhuis. Hierdoor ontstond “rooming-in”. Ouders mochten continu bij hun zieke kind in het ziekenhuis blijven. Geleidelijk aan kwamen er mogelijkheden om ook bij het kind te blijven tijdens onderzoeken en ingrepen, inclusief het toedienen van narcose. Ouders mochten voor het eerst aanwezig zijn bij zieke, te vroeg geboren of laag geboortegewicht pasgeborenen op een neonatale intensive care of high care unit. Deze baby’s worden nu voor een groot deel door de ouders zelf verzorgd. Huid op huid contact (of buidelen) is momenteel een onderdeel van de normale zorg.<sup>17</sup> Vooral de ouders zelf, binnen verenigingen zoals de Vereniging Kind en Ziekenhuis en de Vereniging van Ouders van Couveuse Kinderen, hebben een grote rol in deze ontwikkelingen gespeeld. Helaas is er in Nederland nog veel

te verbeteren op dit gebied, zoals blijkt uit de peilingen van de Vereniging Kind en Ziekenhuis.

Vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw raakte de medische zorg voor het gezonde kind steeds verder verwijderd van de intramurale kindergeneeskunde voor het zieke kind. De zorg voor het gezonde kind werd geleverd via de kruisverenigingen, thuiszorg en GGD.<sup>4</sup> Grote ontwikkelingen kwamen op gang op het gebied van voorlichting over gezondheid en preventie van ziektes, verminderen van de risico’s op wiegendoed, voorkomen van ongevallen, preventie van roken, bewaking van de psychische gezondheid, adviezen over opvoeding en gezonde voeding, het bevorderen van borstvoeding en uitgebreide inentings- en screeningsprogramma’s.<sup>7,18</sup>

De jeugdzorg met jeugdhulpverlening, jeugd geestelijke gezondheidszorg en jeugdbescherming is in zijn eigen richting ontwikkeld, los van de somatische gezondheidszorg.

Door deze versnippering is er geen gezamenlijk beleid in Nederland rond de zorg voor het kind. Er is geen centraal punt waarin alle instanties overleg hebben en van waaruit een visie ontwikkeld wordt. Als wij winst willen boeken voor kinderen in Nederland moeten nu de handen ineens geslagen worden. Het wordt tijd voor het oprichten van een Ministerie voor Jeugdzaken.

## De sociale pediatrie heden in Leiden

In Leiden is er in navolging van Gorter en Veeneklaas een traditie van sociale pediatrie bewaard gebleven. Dankzij de inspanningen van de hooggeleerden Wit en Verloove bestaat het Leiden Center for Paediatrics and Child Health sinds 1998. Dit is een samenwerkingsverband van het Leids Universitair Medisch Centrum en TNO Kwaliteit van Leven. De missie van het center is kennis vergaren op het gebied van kind en gezondheid. Het Willem-Alexander Kinder- en

Jeugdcentrum van het LUMC levert expertise in de curatieve kindergeneeskunde en patiëntgebonden en fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. TNO Kwaliteit van Leven levert expertise op het gebied van epidemiologisch en sociaal wetenschappelijk onderzoek gericht op gezondheidsbevordering en ziektepreventie bij kinderen. Doel van dit center is onderzoek te verrichten, waarbij deze unieke combinatie van kennis vereist is, gezamenlijke netwerken ontwikkelen en onderhouden, fundamentele kennis vertalen naar praktische toepassingen en kennis van het normale en gezonde kind gebruiken bij de curatieve zorg. Het Center heeft een groot aantal onderzoeksideeën gegenereerd en tot bloei zien komen. Met deze achtergrond is het de bedoeling om, samen met verschillende partners, meer onderzoek te ontwikkelen. In Leiden krijgt de sociale pediatrie ook een plek binnen de academische werkplaats publieke gezondheid. Met de GGD wordt al in enkele projecten samengewerkt en er zal nog meer onderzoek samen met de jeugdgezondheidszorg volgen, zoals het uitbouwen en de evaluatie van programma's voor ondersteuning van ouders bij de opvoeding van en zorg voor hun kinderen. Vanuit Leiden lopen al de programma's Oké en Stevig Ouderschap. Doel hiervan is ouders in staat te stellen beter voor hun kinderen te zorgen en dat zij handvatten krijgen om materiële en niet-materiële aspecten van de zorg te kunnen realiseren. Hiermee wordt gepoogd om gedragsproblemen, kinderverwaarlozing, kindermishandeling en later crimineel gedrag te voorkomen. Deze programma's zijn intensief en kostbaar. Economisch gezien is de winst die ermee behaald wordt echter zeer groot. Voor het individuele kind kan het zijn hele leven veranderen.

De laatste tijd lijkt de overheid het belang van dergelijke maatregelen in te zien. Of dit komt door oprechte zorg of door de verkiezingen weet ik niet. Op 3 maart kwam staatssecretaris

Ross met een voorstel dat er in iedere wijk of gemeente een centraal punt komt waar gezinnen terecht kunnen met vragen over opvoeden en opgroeien.

## Activiteiten en plannen in Leiden

Nu wil ik een en ander vertellen over 5 onderwerpen waaraan de komende jaren aandacht besteed zal worden in Leiden.

Ten eerste: *het dove en slechthorende kind*. Iets meer dan 1 per 1000 levend geboren kinderen hebben een ernstige aangeboren gehoorstoornis. In Nederland worden ieder jaar 200-250 kinderen hiermee geboren. Het is één van de meest voorkomende aangeboren aandoeningen en heeft grote gevolgen voor de ontwikkeling van het kind, niet alleen in de spraak / taal maar ook in de intellectuele, sociale en emotionele ontwikkeling. Ernstige psychische problemen komen voor bij 40 % van deze kinderen.<sup>19</sup>

Sinds 1965 had Nederland een landelijke screening voor aangeboren gehoorstoornissen. Helaas was het screeningsinstrument niet volledig betrouwbaar. Door het ontwikkelen van nieuwe technieken kwamen in het begin van de jaren 90 van de vorige eeuw apparaten op de markt die uitermate geschikt bleken voor gehoorscreening bij pasgeborenen en jonge zuigelingen. Zij zijn niet subjectief en zijn zeer eenvoudig in gebruik.

Het is van groot belang om vroeg te screenen om hierna snel met interventie te kunnen beginnen. In Nederland worden sinds 1998 alle pasgeborenen, die opgenomen worden op een intensive care afdeling voor premature geboorte, laag geboorte gewicht of ernstige ziekte, gescreend dankzij het werk van collega Van Straaten<sup>20</sup>. Sinds eind 2005 worden alle andere jonge zuigelingen thuis of op het consultatiebureau voor zuigelingen gescreend door de Jeugdgezondheidszorg



met ondersteuning vanuit de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind. Vanaf 1990 heb ik zelf mogen meewerken aan onderzoek hiernaar.

Wanneer een aangeboren gehoorverlies vroeg ontdekt wordt en de behandeling en begeleiding vroeg wordt begonnen kan het kind vaak een bijna normale ontwikkeling bereiken. Mede dankzij de mogelijkheden van cochleaire implantaties, waarbij de hooggeleerde Frijs hier in Leiden een pioniersrol speelt, is de winst voor deze kinderen zeer groot.<sup>21</sup> Zij kunnen vaak een gewone school bezoeken, een goede opleiding volgen en een volwaardige plaats innemen in de maatschappij.

De tijd is nu aangebroken om verder te denken over deze kinderen. Wat is de onderliggende oorzaak van het gehoorverlies? Is de doofheid een gevolg van een probleem tijdens de zwangerschap, bij voorbeeld een infectieziekte in de vroege zwangerschap met rode hond of cytomegalovirus? Indien dit het geval is, bestaat er dan wellicht een mogelijkheid om dit direct na de geboorte te behandelen of misschien al tijdens de zwangerschap? Zijn er andere aandoeningen die ook een gevolg kunnen zijn van zo'n infectie, bijvoorbeeld aan ogen of hart? Is de slechthorendheid erfelijk en heeft dit gevolgen voor toekomstige kinderen van deze ouders? Het onderzoek hiernaar zal nu van start gaan in Leiden vanuit de sociale pediatrie, samen met het Audiologisch Centrum en de afdelingen Keel- Neus- en Oorheelkunde, Klinische genetica, Oogheelkunde en Kinderneurologie aangevuld met expertise vanuit de Koninklijke Effatha en Guyot Groep.

Continue alertheid ten aanzien van risico's op gehoorverlies blijft nodig. Gehoorverlies kan optreden na een hersenvliesontsteking, een schedeltrauma of gebruik van sommige medicijnen. Een zeer belangrijke oorzaak is de keiharde muziek, in de disco, bij live concerten en via de oortelefoons van bij voorbeeld MP3 spelers. Niets nieuws

onder de zon want er werd hiervoor al gewaarschuwd door één van de meest vooraanstaande Nederlandse kinderartsen ooit, Cornelia de Lange. Zij schreef in 1927: "Ik heb den laatsten tijd verschillende gevallen gezien van grote zenuwachtigheid en overprikkeldheid bij kinderen tusschen één en drie jaar, die zonder twijfel waren toe te schrijven aan excessen van radiogenot. Ik heb kinderportretten gezien, waarop wichtjes nauw aan de moederborst ontwassen, waren afgebeeld met den koptelefoon van de radio op de ooren." <sup>22</sup>

Ten tweede, kinderen die op latere leeftijd komen met *communicatie en spraak / taal problemen*. Wij beginnen in juni met een speciaal spreekuur voor deze kinderen in het LUMC. Veel voorwerk is al verricht door collega Ens-Dokkum. Wij gaan zoeken naar de onderliggende oorzaken van deze problemen om daarna het kind en de ouders de goede richting voor behandeling, begeleiding en schoolkeus te wijzen. Zo'n aanpak vereist een multidisciplinaire samenwerking, zowel binnen als buiten het ziekenhuis bij de diagnostiek en begeleiding van deze kinderen. Het is meestal moeilijk om een diagnose te stellen. Het kind kan gehoorverlies, een cognitieve of algemene ontwikkelingsachterstand of een aan autisme verwante stoornis hebben. Soms is de diagnose eenvoudig. Eén van de eerste kinderen met een achterstand in de spraak/taal ontwikkeling die ik indertijd als arts-assistente op het spreekuur zag was een jongen van 3 jaar. Volgens de moeder zou hij niet praten. Toen ik vroeg of hij helemaal niets kon zeggen, zei zij zonder enige aarzeling "Het enige wat hij kan zeggen is "houd je kop". De diagnose van pedagogische problematiek was snel rond bij dit jongetje.

Ten derde, *kinderen met meervoudige handicaps*. Bij deze kinderen kunnen vele factoren een rol spelen. Mogelijke

oorzaken hiervan zijn aanlegproblemen in de hersenen, hersenbeschadiging voor, tijdens of na de geboorte, stofwisselingsziekten, infecties tijdens de zwangerschap of kort na de geboorte, erfelijke aanleg, gevolgen van toxische invloeden zoals alcohol of drugs. Deze uit zich in motorische, emotionele, sociale, leer- spraak / taal-, visus- of gehoorproblemen of combinaties ervan.<sup>13</sup> Er is ook vaak sprake van andere lichamelijke problemen zoals spasticiteit of juist zeer slappe spieren, luchtwegklachten, problemen met plassen en de ontlasting en met eten en drinken. Er komt veel bij kijken, bijvoorbeeld speciale opvang c.q. school en aanpassingen thuis.

Op de polikliniek kindergeneeskunde van het LUMC vindt samenwerking in de zorg voor deze kinderen plaats met de afdeling klinische genetica, kinderneurologie, kinderrevalidatie, kinderfysiotherapie, KNO, audiologie en oogheelkunde.

Vanzelfsprekend zijn de subspecialismen van de kindergeneeskunde zoals de stofwisselingsziekten, endocrinologie, gastro-enterologie, nefrologie etc. van cruciaal belang in het leveren van een optimale zorg voor deze kinderen.

Ondanks dat artsen hun best doen om duidelijkheid te verschaffen over de diagnose en het beleid bij deze kinderen is het zo onoverzichtelijk voor ouders, dat extra begeleiding en zorg nodig zijn van andere disciplines. De Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid Holland-Noord heeft dit knelpunt in de zorg opgepakt en de Stichting MEE is betrokken geraakt bij de zorg voor deze kinderen in het LUMC met het beschikbaar stellen van een case manager.

Ten vierde kinderen met *psychische en psychiatrische problemen*. Voor deze kinderen bestaat in Leiden een zeer goede opvang. Het Bureau Jeugdzorg kent als een van de weinige geen wachtlijst. Het regionale orgaan voor geestelijke

gezondheidszorg, Rivierduinen, heeft een grote staat van dienst in de zorg voor deze kinderen. Het psychotraumacentrum biedt mogelijkheden voor specialistische behandeling. De aanwezigheid van een kinderarts met brede ervaring geeft een extra dimensie aan de zorg.

Binnen het LUMC is een afdeling psychosociale zorg aanwezig met ervaren kinderpsychologen, pedagogische medewerkers en maatschappelijk werkers.

Het academisch kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum Curium is een belangrijke partner van de kindergeneeskunde in het LUMC. Van hieruit wordt bijgedragen aan de psychosociale zorg voor poliklinische patiënten. Er wordt samengewerkt, onder andere, op gebieden van eetstoornissen en psychosomatiek. Patiënten in Curium worden ook onderzocht door de kinderarts.

Het vijfde aandachtsgebied is *borstvoeding*

Borstvoeding lijkt misschien niet veel te maken te hebben met de sociale pediatrie, maar borstvoeding geeft waarschijnlijk de belangrijkste gezondheidswinst voor baby's en voor de volksgezondheid van Nederland. De specifieke samenstelling van borstvoeding is het beste voor een gezonde groei en ontwikkeling van het kind.<sup>23</sup> Aanwezigheid van afweerstoffen in moedermelk betekent minder luchtweginfecties, oorontstekingen, darmontstekingen en minder allergische aandoeningen zoals astma en eczeem.

Dezer dagen is de beschermende werking van borstvoeding tegen overgewicht op latere leeftijd zeer belangrijk.

Overgewicht bij kinderen neemt enorm toe. Uit onder meer een onderzoek van TNO in samenwerking met het VUmc van maart 2006 blijkt dat gemiddeld 14% van de jongens en 17% van de meisjes in Nederland te dik zijn.<sup>24</sup> Niet alleen de samenstelling van borstvoeding maar ook het zelf reguleren

van de intake zijn gunstig voor het ontwikkelen van een gevoel van honger en verzadiging.<sup>25</sup> Het kind beslist zelf wanneer het wil drinken en wanneer het wil stoppen.

Voor de moeder betekent het geven van borstvoeding een vermindering van haar kansen om borstkanker te ontwikkelen op jonge leeftijd, en minder risico's op osteoporose op latere leeftijd. Bovendien is borstvoeding gratis en veroorzaakt geen milieuvervuiling.

The World Health Organisation (WHO) en het United Nations International Children's Fund (UNICEF) zetten zich over de hele wereld in voor borstvoeding. In Nederland wordt hieraan vorm gegeven door de Stichting Zorg voor Borstvoeding, opgericht in 1996 als de Nederlandse versie van The Baby Friendly Hospital Initiative. De borstvoeding cijfers zijn sindsdien gestegen van 70 naar 79% bij de geboorte, van 17 naar 35 % bij 3 maanden en van 6 naar 25% bij 6 maanden. Door de Nederlandse overheid wordt de stimulering van borstvoeding ondersteund met een subsidie aan het Voedingscentrum en de Stichting Zorg voor Borstvoeding. Helaas is het bedrag veel te laag.

In Leiden willen wij bijdragen aan een toename van borstvoeding door het opzetten van een Kennis Centrum Borstvoeding als samenwerking tussen het LUMC, TNO, het Voedingscentrum en de Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Vrije Universiteit Amsterdam. Hierin hopen wij via wetenschappelijk onderzoek ondersteuning te bieden om de voordelen van borstvoeding voldoende te kunnen aantonen en om factoren te identificeren die moeders laten besluiten te starten en lang door te gaan met borstvoeding.

## Kind en maatschappij

De sociale pediatrie gaat niet alleen over het kind in Nederland maar is ook betrokken bij het kind in de rest van de wereld.

Sociale en politieke situaties in een land bepalen voor een groot deel de gezondheid en het welbevinden van veel kinderen.

Morbiditeit wordt steeds meer bepaald door sociologische in plaats van biologische factoren. Terwijl ondervoeding in arme landen een blijvend probleem is, wordt overgewicht een steeds groter probleem voor kinderen in rijke landen.

Het verschil tussen arm en rijk wordt steeds groter. Ook in Nederland. Het percentage Nederlandse huishoudens die in armoede leven (in 2005 gedefinieerd als een inkomen lager dan 1.358 euro per maand voor een gezin met 2 volwassenen en 2 kinderen) is toegenomen van 8.8% in 2002 tot 10.5% in 2005.<sup>26</sup> Ruim 12% van de kinderen tot 18 jaar leven in een huishouden met een laag inkomen. Als kinderartsen zien wij dagelijks de gevolgen hiervan. Er is niet genoeg geld om gezond eten te kopen voor het kind. Extra's zoals een sportclub zijn er niet bij. Het kind kan niet buiten spelen: het is niet veilig, auto's racen voorbij, junks en dealers maken de wijk onveilig. De Nederlandse overheid geeft weinig financiële steun aan gezinnen met kinderen in tegenstelling tot bij voorbeeld Frankrijk waar er subsidies en premies gegeven worden voor alles wat met het kind te maken heeft.

Als immigrant, asielzoeker, adoptiekind uit een ander land of illegale bewoner is het kind het meest kwetsbaar van de hele samenleving. Bij oorlog en armoede is het kind het eerste slachtoffer. Al is het kind niet altijd een bewust doelwit tijdens oorlog het is toch slachtoffer door psychotrauma en verlies van ouders, familie of huisvesting.

Meisjes zijn extra kwetsbaar. In landen zoals China en India met de beperking van geboortes zijn zij niet gewenst. Dankzij selectieve abortussen en infanticide overleven veel minder meisjes dan jongens. Wereldwijd gaan 62 miljoen meisjes nooit naar school en nog miljoenen meer moeten veel te vroeg ermee stoppen. Met goede scholing kunnen meisjes niet alleen

goed voor zichzelf zorgen, maar ook later voor hun kinderen. Zij kunnen hen beschermen en zorgen voor goede voeding, scholing en woonomstandigheden. Hiermee kan de vicieuze cirkel doorbroken worden.

## Vrouw en maatschappij

Een kind komt op de wereld nadat het gedragen en gebaard wordt door de moeder. Zij is vaak de enige die voor het kind zorgt, dus het welzijn van het kind hangt vooral af van het welzijn van de moeder.

In Scandinavië beseft men dat kinderen prioriteit nummer 1 zijn. Het aantal werkende vrouwen is daar met 75% het hoogst van Europa. Er is een zeer goede ouderschapsverlofregeling en er zijn prima faciliteiten voor de opvang van kinderen. Ook de borstvoedingscijfers zijn er het hoogst. In Noorwegen begint 99% van de vrouwen met borstvoeding en 36 % geeft nog borstvoeding na 1 jaar. De Nederlandse cijfers steken hier slecht tegen af.<sup>27</sup>

In 2005 werkten 59% van de vrouwen tussen 15 en 65 jaar in Nederland tegen 77% van de mannen, maar het verschil wordt steeds kleiner. De toename van vrouwen op de arbeidsmarkt kwam tussen 2001 en 2004 voor ruim een kwart van alleenstaande moeders.<sup>28</sup> Partners met minderjarige kinderen werken in slechts 6% van de gevallen beiden fulltime. Wat weerhoudt vrouwen in Nederland van een carrière? Vrouwen willen vaak een leuke baan die een maatschappelijke bijdrage levert. Mannen hebben vaker een doelgericht plan. Vaak willen beiden kinderen. Niets mis mee. Maar het juiste moment moet gekozen worden. Voor mannen maakt het niets uit. Als student van 18 een kind en vrouw kan prima. Ook op de leeftijd van 50 een eerste of tweede of derde gezin beginnen, geen probleem. Voor een vrouw echter is de vruchtbare periode beperkt en een zwangerschap brengt gezondheidsrisico's met

zich mee. Een zwangerschap (en een kind) heeft nu nog vaak grote gevolgen voor haar carrière.

Als kinderarts sociale pediatrie plaatsen deze keuzes van vrouwen betreffende studie, werk en moederschap mij voor een moeilijk dilemma. Vrouwen moeten een opleiding hebben. Maar wat voor zin heeft het om vrouwen hoog op te leiden en dan geen kansen te bieden om carrière te maken en dit (indien gewenst) met het moederschap te combineren. Hoe moet dit ingepland worden in het leven? Meestal vinden studie en vervolgopleiding plaats tussen 18 en 25 jaar. Na een opleiding komt een periode van carrière maken. Dit is echter ook de leeftijd waarop vrouwen kinderen horen te krijgen zodat de risico's op onvruchtbaarheid en gezondheidsproblemen niet te hoog zijn. Nederlandse vrouwen zijn met 29,5 jaar de oudste in Europa bij het krijgen van hun eerste kind. Om alle rollen van de vrouw goed te kunnen vervullen moeten zwangerschap- en ouderschapsverlof voor moeders lang genoeg zijn om hun kinderen goed te kunnen verzorgen en borstvoeding te kunnen geven. Een goede en betaalbare kinderopvang is essentieel.

In de huidige maatschappij wordt gedacht dat mensen het voor hun 40<sup>ste</sup> "gemaakt" moeten hebben. Anders zijn zij te oud en in de resterende jaren te weinig van nut voor hun bedrijf of werkgever. Maar volgens primatologe en sociobiologe Sarah Blaffer Hrdy heeft de levenscyclus van vrouwen een andere curve dan die van mannen.<sup>29</sup> Tot rond het 40ste levensjaar houdt het vrouwenlijf energie in reserve voor het geval dat het beschikbaar moet zijn voor de voortplanting (een enkele keer is dit langer nodig, zoals bij Janise Wulf die in februari 2006 beviel van haar 12<sup>de</sup> kind op de leeftijd van 62 jaar). Na haar 40<sup>ste</sup> komt deze reserve energie vrij en kunnen vrouwen zich met assertiviteit en passie op hun nieuwe taken richten. Terwijl

mannen gaan denken over afbouwen worden vrouwen actief en verleggen zij hun prioriteit naar de belangen van de grotere gemeenschap. Het is jammer dat de maatschappij hier weinig mee doet. Het is nog niet ontdekt dat vrouwen van boven de 40 nog 20-25 productieve jaren voor de boeg hebben. Dit is ongeveer hetzelfde als hun mannelijke collega's hebben tussen hun 30 en 55<sup>ste</sup>. Voor hoog opgeleide vrouwen die hun kennis en expertise up to date houden kan dit een manier zijn om opleiding, gezin en carrière te combineren.

### Toekomst Sociale Pediatrie

Het cirkeltje is rond. Van de moeder naar het kind van nu naar de mens van morgen. Voor de kinderen die in de loop van de komende 100 jaar geboren worden zal de grootste gezondheidswinst moeten komen van de verbetering van de maatschappelijke omgeving, het fysiek milieu en de leefwijze samen met screenings- en inentingsprogramma's.<sup>30</sup> De rol van de moeder is doorslaggevend voor het welbevinden van het kind. Deze aspecten passen niet binnen de traditionele curatieve kindergeneeskunde. Het is tijd voor de aanpak van de sociale pediatrie!

*Mijnheer de rector, zeer gewaardeerde toehoorders,*  
Aan het einde van mijn rede gekomen, wil ik graag enkele woorden van dank uitspreken.

In de eerste plaats aan het College van Bestuur van de Universiteit van Leiden. Ik acht het een voorrecht om aan deze historische en tegelijkertijd zeer moderne universiteit te mogen werken.

Ik dank de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum dat zij de vooruitziende blik heeft om de Sociale Pediatrie vanuit Leiden op de Nederlandse kaart te zetten.

Ik wil speciaal bedanken:

Robert Holl, afdelingshoofd van het Willem-Alexander Kinder- en Jeugdcentrum voor zijn initiatief en inzet om deze leerstoel tot stand te laten komen. Jij hebt hiermee een nieuwe weg durven inslaan in de kindergeneeskunde.

Jan Maarten Wit, hoogleraar kindergeneeskunde in het Leids Universitair Medisch Centrum en Pauline Verloove-Vanhorick hoogleraar kindergeneeskunde in het Leids Universitair Medisch Centrum en TNO Kwaliteit van Leven voor al het werk dat zij verricht hebben en nog verrichten, op het gebied van de sociale pediatrie. Hierdoor is een solide basis gelegd voor de toekomst. Ik hoop dat wij nog lang mogen samenwerken.

Mijn collegae kinderartsen, personeel van de polikliniek kindergeneeskunde, klinische afdeling en Centrum Eerste Hulp van het LUMC die mij hier welkom gemaakt hebben. Ook alle mensen binnen en buiten het LUMC met wie ik contact heb in verband met de plannen voor de sociale pediatrie. Ik verheug mij op onze samenwerking.

Mijn collegae kinderartsen, arts-assistenten en naaste medewerkers in het Zuiderziekenhuis, later het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid in Rotterdam waar ik meer dan 28 jaar met heel veel plezier gewerkt heb. Ik heb daar alle kansen gekregen om mij verder te ontplooien.

Arts assistenten, co-assistenten en medische studenten voor hun inbreng in de kindergeneeskunde. Het geeft altijd verfrissing en maakt duidelijk hoe weinig nog bekend is over gezondheid en ziekte. Jullie zijn de artsen voor het kind van morgen.

Veel mensen hebben bijgedragen aan mijn scholing en opleiding. Ik noem Mrs. Cronin, Sister Augustine, Professor Barry, hoogleraar kindergeneeskunde in University College Cork, Jan Engelhardt opleider en Annalice Jansen kinderarts, in het Zuiderziekenhuis en Cees de Groot, mijn opleider,

collega, promotor en wijze vriend.

Mijn collegae kinderartsen van de Sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde. Met jullie inspiratie en steun hoop ik dat wij samen de sociale pediatrie tot haar recht kunnen laten komen.

Mijn ouders leven helaas niet meer maar volgens mij kijken zij nu mee. Ik dank hen voor de fijne jeugd, de liefde, steun en vrijheid die zij mij gaven. Ik dank ook mijn zus Helen en broer Martin voor alle liefde, een heel leven lang.

Alle kinderen in de wereld zijn belangrijk. Voor een moeder zijn haar eigen kinderen de belangrijkste. Niall, Norah en Sheelagh, inmiddels volwassen en bezig met jullie eigen levens en toekomstplannen, jullie zijn voor mij het allerbelangrijkste van de hele wereld. Jullie zijn altijd in mijn gedachten en in mijn hart. Kees, iedereen verklaarde mij voor gek toen ik 30 jaar geleden alles achter mij liet om met jou naar Nederland te komen zonder iemand te kennen, een woord Nederlands te spreken, of een baan. Het bleek de beste stap van mijn leven. Wie had toen kunnen denken dat wij vandaag hier zouden staan? Jij bent mijn hele wereld. Bedankt voor alles.

Ik heb gezegd.

## Bibliografie

- 1 Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working paper. 1974 Ottawa
- 2 Belli PC, Bustreo F, Preker A. Investing in children's health: what are the economic benefits? Bulletin of the World Health Organisation 2005; 83: 777-84
- 3 Editorial. Environmental influences on children's health. Lancet 2006; 367: 369
- 4 Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau en TNO Kwaliteit van Leven 2005
- 5 Spencer N, Colomer C, Alperstein G, Bouvier P, Colomer J, Duperrex O et al. Social paediatrics. J Epidemiol Community Health 2005; 9:106-8
- 6 Crouchman M, Pechevis M, Sandler B. Social paediatrics and child public health - a European perspective. Arch Dis Child 2001; 84: 299-301
- 7 Schuller AA, Burgmeijer RJF, Dijkstra NS, Juttman R, van Leerdam FJM, Raat H, Verloove-Vanhorick SP, Hirasings RA. De jeugdgezondheidszorg. Activiteiten onderbouwd. TNO-rapport 2004
- 8 The next ten years. Educating paediatricians for new roles in the 21st century. Report of the Royal College of Paediatrics and Child Health 2002
- 9 Chapman C. Italy introduces "baby boxes" to save lives of abandoned newborns. BMJ 2006; 332: 322
- 10 Gorelick MH, Baker MD. Epiglottitis in children, 1979 through 1992. Effects of Haemophilus influenzae type b immunisation. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148: 47-50
- 11 De Greeff SC, de Melker HE, Spanjaard L, Schouls LM, van Derende A. Protection from routine vaccination at the age of 14 months with meningococcal serogroup C conjugate vaccine in the Netherlands. Pediatr Infect Dis J 2006; 25: 79-80
- 12 Verkerk PH. Twintig jaar landelijke screening op fenylketonurie in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 2302-5
- 13 Ens-Dokkum MH, Schreuder AM, Veen S, Verloove-Vanhorick SP, Brand R, Ruys JH. Evaluation of care for the preterm infant: review of literature on follow-up of preterm and low birthweight

- infants. Report from the collaborative Project on Preterm and Small for Gestational Age Infants (POPS) in the Netherlands. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1992;6:434-59
- 14 Pogany L, Barr RD, Shaw A, Speechley KN, Barrera M, Maunsell E. Health status in survivors of cancer in childhood and adolescence. *Qual Life Res* 2006; 15: 143-57
  - 15 Dooren LJ. Klein maar dapper. Rede uitgesproken ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar kindergeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Leiden op 8 december 1995.
  - 16 Achterberg PW, Poos MJJC. Sterfte rond de geboorte. Omvang van het probleem. Nationaal Kompas Volksgezondheid versie 3.4. 15 december 2005. RIVM
  - 17 De Leeuw R, Colin EM, Dunnebie EA, Mirmiran M. Physiological effects of kangaroo care in very small preterm infants. *Biol Neonate* 1991; 59: 149-55
  - 18 De Jonge GA, Hoogenboezem J. Epidemiologie van 25 jaar wiegendood in Nederland; incidentie van wiegendood en prevalentie van risicofactoren in 1980-2004. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1273-8
  - 19 Van Eldik T, Treffers PD, Veerman JW, Verhulst FC. Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behaviour checklist. *Am Ann Deaf* 2004; 148: 390-5
  - 20 Van Straaten HL, Hille ET, Kok JH, Verkerk PH: Dutch NICU Neonatal Hearing Screening Working Group. Implementation of a nation-wide automated auditory brainstem response hearing screening programme in neonatal intensive care units. *Acta Paediatr* 2003; 92: 332-8
  - 21 Frijns JH, Briare JJ, de Laat JA, Grote JJ. Initial evaluation of the Clarion CII cochlear implant: speech perception and neural response imaging. *Ear Hear* 2002; 23: 184-97
  - 22 De Knecht-van Eekelen A. Cornelia Catherina de Lange (1871-1950). Uitgever: Nederlandse Vereniging voor Kinderneurologie (NVKN) Nijmegen 1990
  - 23 American Academy of Pediatrics Working Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-9
  - 24 Van den Hurk K, van Dommelen P, de Wilde JA, Verkerk PH, van Buuren S, HiraSing RA. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004. TNO-rapport 2006: KvL/JPB/2006.010
  - 25 Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005; 115: 1367-77
  - 26 Vrooman C, Soede A, Dirven HJ, Trimp R (redactie). Armoedemonitor. Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag 2005
  - 27 Beets GCN, van Poppel FWA. Geboorte. Geografische verschillen. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.4. 15 december 2005.
  - 28 Vrouwen in opmars op de arbeidsmarkt. Centraal Bureau voor de Statistiek. Webmagazine 6 februari 2006
  - 29 Blaffer Hrdy S. Mother nature. Natural selection and the female of the species. Chatto and Windus, London 1999
  - 30 Dyer O. Goals to reduce poverty and infant mortality will be missed. *BMJ* 2005; 331: 593
- In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.
- Meer informatie over Leidse hoogleraren:  
[Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl](http://Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl)



- 1972 artsdiploma, University College Cork, Ireland
- 1980 registratie als kinderarts, Rotterdam
- 1990 proefschrift getiteld “The human umbilical cord and its separation” Universiteit van Amsterdam
- 1998-2005 opleider voor het specialisme kindergeneeskunde, Medisch Centrum Rijnmond Zuid te Rotterdam
- 2005 benoemd als hoogleraar op het gebied van de kindergeneeskunde, in het bijzonder de sociale pediatrie, aan de Universiteit Leiden

De sociale pediatrie houdt een globale, holistische en multidisciplinaire aanpak van de gezondheid van het kind in, met integratie van lichamelijke, geestelijke en sociale dimensies van gezondheid en kwaliteit van leven. De sociale pediatrie richt zich op zieke en gezonde kinderen, individueel en groepsgewijs, in relatie tot het gezin, de maatschappij en de wereld waarin zij opgroeien. De sociale pediatrie slaat niet alleen een brug tussen de curatieve op het individuele kind gerichte kindergeneeskunde en de op collectieve preventie gerichte jeugdgezondheidszorg, maar ook tussen de intramurale en extramurale zorg voor kinderen binnen de gezondheidszorg, de zorg voor kinderen en jeugdigen met een beperking of handicap en jeugdzorg. Speciale onderwerpen in de sociale pediatrie zijn groei, ontwikkeling, premature geboorte, voeding, handicaps, ongevallen, verwaarlozing, kindermishandeling, gezinsdysfunctie, onverwachte dood, risicogedrag tijdens de adolescentie, recente immigratie, etniciteit, armoede en milieuvervuiling. Hierbij horen ook inentingsprogramma's, screeningsprogramma's en gezondheidsbevorderende campagnes.

